

1. Митрофанова С.Ю. Концептуализация основных подходов к изучению детства в социологии. [Электронный ресурс]: Поколения. NET. Режим доступа: {<http://www.regioncentre.ru/generation/obzor/>}
2. Шмидт В.Р. Согласованная политика охраны детства: благое пожелание или достижимая цель (российский и чешский опыт)/ В.Р. Шмидт// Журнал исследований социальной политики.-2009.-т.7 № 2.- С. 151- 174.
3. Средние века// Википедия. [Электронный ресурс] Режим доступа: {http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%BD%D0%B8%D0%B5_%D0%B2%D0%B5%D0%BA%D0%B0}

Гоголева Е.А.,
г. Екатеринбург

ОТНОШЕНИЕ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ- ИНВАЛИДОВ, К ПЛАТНЫМ МЕДИЦИНСКИМ УСЛУГАМ

Поддержание здоровья ребенка, формирование установок на здоровый образ жизни зависит во многом от тех условий и факторов, в которых формируется личность.

Ведущим среди них определяют семью, ее социально-экономические возможности, которые могут обеспечить доступ к различным видам необходимой помощи.

Наравне с семьей фактором здоровья детей выступает система здравоохранения и оказания своевременной медицинской помощи и поддержки. Система здравоохранения с социологической точки зрения представляет собой социальный институт, функционирование которого, связано с сохранением, укреплением или восстановлением здоровья населения. Особую группу, на удовлетворение потребностей которой

направлена деятельность данного института, составляют дети, в том числе дети, имеющие нарушения здоровья или статус ребенка-инвалида.

Доступность услуг системы здравоохранения и медицинской помощи является во многом решающим фактором для их успешной социализации и адаптации. Своевременность оказания и объем помощи во многом определяет жизненный путь ребенка, особенности его социализации и жизненного выбора.

Доступность медицинской помощи в нашем понимании – это не просто реализация возможности попасть на прием к специалисту, но и процесс прохождения пациентом всех стадий медицинской помощи – от момента вступления во взаимодействие с врачом до получения конечного результата в виде реальных изменений в состоянии его здоровья [5].

На современном этапе развития медицинской помощи детям, помимо актуализации профилактического направления деятельности учреждений здравоохранения, большое внимание уделяется реабилитации детей с тяжелыми нарушениями здоровья.

Система оказания медицинской помощи детям с марта 1993 года регулируется «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», она осуществляется повсеместно в детских лечебных учреждениях Министерства здравоохранения и социального развития РФ через сеть поликлиник, консультаций и стационаров.

Основными задачами детской системы здравоохранения являются создание условий для оптимального уровня развития ребенка, сохранения и восстановления его здоровья в случае болезни.

В зависимости от перечисленных выше задач, медицинская помощь детям и подросткам подразделяется на три основных ступени: амбулаторно-поликлиническую, стационарную и санаторно-курортную. Данная трехуровневая система позволяет оказывать дифференцированную, распределенную по функциям и технологиям медицинскую помощь.

Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается детям в учреждениях лечебно-профилактического профиля. Основными принципами данного профиля являются наблюдение за здоровьем ребенка с первых дней жизни и этапность предоставления услуг.

Вторым действующим звеном в системе организации медицинской помощи детям является стационарная медицинская помощь. Она выполняет одну из наиболее важных ролей по своему значению, несмотря на направленность государственной политики в развитии первого звена медицинской помощи.

Стационарная помощь детям включает в себя такие организации как многопрофильные больницы и специализированные медицинские учреждения. Основная задача современной больницы – восстановительное лечение, которое включает в себя диагностику заболевания, лечение, неотложную терапию и реабилитацию.

В системе стационарной медицинской помощи детям, имеющим нарушения здоровья, большое значение приобретают реабилитационные центры или больницы восстановительного лечения, оказывающие специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь.

По определению, данному ВОЗ, восстановительное лечение – это процесс, при помощи которого стремятся предотвратить наступление инвалидности в период лечения заболевания и помочь человеку достичь максимальной физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности, возможной в рамках существующего нарушения здоровья [1, с. 28].

В основе восстановительного лечения, проводимого как в стационарном, так и в амбулаторном отделениях, лежат физиотерапия, лечебная физкультура, лекарственная и поддерживающая терапия, ортопедические и коррекционные вмешательства.

В стационаре завершается первый этап реабилитации и восстановительного лечения – клинический. Затем следуют санаторный и

адаптационный этапы, которые проводятся в санаториях и амбулаторных отделениях.

Свердловская область как субъект Российской Федерации является одним из лидеров по оказанию систематической медицинской помощи восстановительно-реабилитационного характера детям, имеющим нарушения здоровья.

Ведущим учреждением в данном направлении деятельности является Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области детская клиническая больница восстановительного лечения «Научно-практический центр «Бонум».

НПЦ «Бонум» является некоммерческой организацией, финансируемой из областного бюджета на основе бюджетной сметы. Основной целью деятельности учреждения является оказание специализированной медицинской помощи гражданам, проживающим на территории Свердловской области.

Деятельность Центра включает в себя решение лечебных, научных, образовательных, координационных задач в области хирургии врожденной челюстно-черепно-лицевой патологии, офтальмологии, сурдологии-отоларингологии, неврологии, детской ортопедии, стоматологии, и других областях медицины в целях охраны здоровья населения; предоставление специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи и др.

Одними из основных получателей услуг Центра «Бонум» являются семьи, воспитывающие детей с различными нарушениями здоровья или наличием инвалидности. Каждая из этих семей имеет право на полноценную медицинскую помощь, согласно основным нормативно-правовым нормам, существующим в нашем государстве.

В последнее время важную роль в получении информации о качестве и доступности медицинской помощи, которая может быть использована в управлении работой лечебно-профилактических учреждений, приобрели социологические исследования по изучению мнения пациентов. Несмотря на

противоречивое отношение к такой форме получения информации, она является одним из наиболее показательных методов оценки качества стационарной помощи.

В феврале-марте 2011 года на базе детской клинической больницы восстановительного лечения нами проведен анкетный опрос родителей, воспитывающих детей с тяжелыми нарушениями здоровья, целью которого было выяснение их отношения к качеству оказываемой в учреждении медицинской помощи и уровне ее доступности для каждой семьи. Опрос проводился путем сплошной выборки: все родители, обратившиеся на момент проведения исследования в центр «Бонум», ответили на вопросы анкеты. В итоге было опрошено 106 человек.

Внедрение системы оказания платных медицинских услуг в условиях крупного лечебно-профилактического учреждения является немаловажной составляющей в оценке доступности помощи.

Платные медицинские услуги – это медицинские услуги и услуги медицинского сервиса, оказываемые медицинскими учреждениями пациентам за счет личных средств граждан, организаций, средств добровольного медицинского страхования и иных источников, предусмотренных законодательством [2, с.35].

По результатам нашего исследования было выделено три группы родителей, каждая из которых по-своему относится к дополнительным платным услугам. Связано это с тем, что желания родителей не всегда совпадают с финансовыми возможностями, которыми они располагают.

Первая группа респондентов – родители, *желающие* оплачивать услуги (16,2%), отметили, что они согласны их получать на платной основе. Из них 34,9% могут потратить на данную статью от 10% до 30% своего семейного бюджета, 29,2% - от трети до половины бюджета и 26,4% более половины своих доходов. Вторая группа - 58,5% - родители, *допускающие* платность услуг, но сомневающиеся в своих финансовых возможностях. При этом они указали, что попытаются найти денежные средства, если это будет

необходимо для их ребенка. Третья группа, включающая 22,9% респондентов – родители, желающие получать дополнительные услуги, но *отказавшиеся* от них в связи с тем, что они не могут позволить себе заплатить за услуги (25,5%).

Отсюда следует, что вне зависимости от своего материального положения, родители готовы оплатить необходимые услуги по лечению и восстановлению здоровья ребенка, если это будет необходимо, но получение дополнительных услуг вызывает сложности и заставляет четверть родителей отказываться от подобной возможности.

Таким образом, в нашем исследовании удалось зафиксировать дифференциацию доступности медицинских услуг в связи с их предоставлением на платной и бесплатной основе. Семьи, имеющие высокий уровень дохода, чаще обращаются к платным услугам и готовы платить за них деньги. Основная часть семей, чей доход ниже, ограничивается бесплатными услугами. Они практически не обращаются к дополнительным услугам, которые оказываются на платной основе. В идеале дополнительные и основные услуги образуют комплекс услуг, необходимых для эффективного восстановительного лечения.

Литература

1. Лучкевич В. С. Основы социальной медицины и управления здравоохранением: Учебное пособие/ В.С. Лучкевич. СПб: СПбГМА, 1997.
2. Опыт оказания платных медицинских услуг в лечебно-профилактических учреждениях департамента здравоохранения города Москвы // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. - 2009. - № 6 (93).